cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

numéro de facture *(facultatif)*

CHIRURGIEN DENTISTE [X] MEDECIN [ ]

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 12/07/2019

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS *(la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le praticien)*

nom et prénom DURIEZ Francois
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation 1 8 5 0 5 5 9 1 7 8 1 2 7 57

date de naissance 29051985

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

nom et prénom
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

~~Porte 22 430,rue Léon Gambetta 59000 LILLE~~ 80, avenue Becquart 59130 Lambersart

IDENTIFICATION DU PRATICIEN

DOCTEUR DUHIN ANTHONY

19 Chirurgie dentaire

N°RPPS

=>

PRATICIEN REMPLACANT

Conventionné

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

128, RUE JACQUEMARS GIELEE

59800 LILLE

=> 594024374 00 1 20 1 19 n°AM

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES

MALADIE *(si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)*

actes en rapport avec une ALD — action de prévention — autre

ACTES dispensés au titre de l'art. L. 115 *(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)*

accident causé par un tiers non X oui date

AT/MP numéro ou date

(les trois rubriques ci-dessous sont complétées, le cas échéant, uniquement par le médecin)

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous *(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)*

nom et prénom du médecin :

accès direct spécifique — urgence — hors résidence habituelle — médecin traitant remplacé — accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande :)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ❶	dépass	frais de déplacement I.D ❷ M.D.	I.K. nbre	I.K. montant ❸
12/07/2019	HBMD042	1		4	92,00 €				
localisation anatomique ❹ 22									
12/07/2019	HBQK389	1		4	7,98 €				
localisation anatomique ❹ 22									
localisation anatomique ❹									
localisation anatomique ❹									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 99,98 €

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire — l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

cerfa

N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE [X] MEDECIN [ ]

numéro de facture *(facultatif)*

date 12/07/2019

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS *(la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le praticien)*

nom et prénom DURIEZ Francois
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation 1 8 5 0 5 5 9 1 7 8 1 2 7 5 7

date de naissance 29051985

code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

ASSURE(E) *(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))*

nom et prénom
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)
~~Porte 22 430,rue Léon Gambetta 59000 LILLE~~ 80, avenue Becquart 59130 Lambersart

IDENTIFICATION DU PRATICIEN

DOCTEUR DUHIN ANTHONY
19 Chirurgie dentaire
N°RPPS
=>
Conventionné

PRATICIEN REMPLACANT
nom et prénom
identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

128, RUE JACQUEMARS GIELEE
59800 LILLE

=> 594024374 00 1 20 1 19 n°AM

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES

MALADIE *(si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)*

actes en rapport avec une ALD — action de prévention — autre

ACTES dispensés au titre de l'art. L. 115 *(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)*

accident causé par un tiers non X oui date

AT/MP numéro ou date

(les trois rubriques ci-dessous sont complétées, le cas échéant, uniquement par le médecin)

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous *(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)*
nom et prénom du médecin :

accès direct spécifique — urgence — hors résidence habituelle — médecin traitant remplacé — accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A *)*

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ❶	dépass.	frais de déplacement I.D. ❷ M.D.	I.K. nbre	I.K. montant ❸
12/07/2019	HBMD042	1		4	92,00 €				
localisation anatomique ❹ 22									
12/07/2019	HBQK389	1		4	7,98 €				
localisation anatomique ❹ 22									
J J M M A A A A									
localisation anatomique ❹									
J J M M A A A A									
localisation anatomique ❹									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 99,98 €

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire — l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du praticien ayant effectué l'acte ou les actes — signature de l'assuré(e) — impossibilité de signer

UCANSS - Edition 01/15